NOTICE

SUR LES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur A. JEANNE

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rouen,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société anatomique,
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris



ROUEN

IMPRIMERIE J. GIRIEUD ET C[ie]

58, rue des Carmes, 58.

—

1904

TABLE CHRONOLOGIQUE

1° Maladie kystique du testicule gauche ayant évolué comme une tumeur maligne. Récidive, etc. (*Société anatomique*, p. 464, 1896).

2° Perforation du cœcum par une épingle. Typhlite et pérityphlite. Appendicite secondaire (en collaboration avec le Dr Remy. *Société anatomique* 1896, p. 466).

3° De la voûte plantaire et du pied creux congénital par malformations osseuses. *Thèse de doctorat* 1897. (*Médaille de bronze de la Faculté*).

4° Un cas de muscle presternal (*Société anatomique* 1897, p. 438).

5° Brachydactylie de l'index droit (*Société anatomique* 1897, p. 440).

6° Fracture de jambe consolidée avec déviation considérable du fragment inférieur. Travée osseuse unissant le tibia et le péroné. Ankylose osseuse de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. (*Société anatomique*, 1897, p. 486).

7° Tuberculose de la vessie et des reins. (*Société anatomique*, 1897, p. 493).

8° Deux pièces d'ankylose du coude. Diminution du diamètre transversal des os. (*Société anatomique* 1897, p. 507).

9° Epithélioma récidivant de l'angle interne de la région orbitaire droite. Destruction de l'os frontal. Abcès intra-cérébral du lobe frontal droit. Petite tumeur névroglique comprimant l'origine de la troisième circonvolution frontale du côté gauche. (*Société anatomique*, 1897, p. 532).

10° Main bote congénitale (variété palmaire) par malformation des os du carpe et accompagnée d'une luxation congénitale du pouce (*Société anatomique*, 1897, p. 618).

11° Epithélioma interstitiel de la langue sous-jacent à une plaque de leucoplasie buccale. Mort par généralisation dans le poumon, la plèvre, le cœur, le péricarde, le foie, le rein droit (*Société anatomique*, 1897, p. 684).

12° Atrophie de la portion vaginale du col utérin ; oblitération complète de la cavité cervicale (*Société anatomique*, 1897, p. 685).

13° Kyste de l'ovaire remontant jusqu'au diaphragme, et s'étant développé en arrière de l'intestin et de l'estomac ; symphyse péritonéale. (*Société anatomique*, 1897, p. 686).

14° Remarques sur les insertions accessoires de quelques-uns des muscles-moteurs du pied et sur leur importance chirurgicale. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1897, n° 89, p. 1059).

15° Quatre observations de mort subite post-opératoire (in *thèse d'Hamant*, Paris, 1897).

16° Sur deux procédés pour aborder chirurgicalement le cervelet et le lobe occipital (en collaboration avec le Dr Remy. *Société anatomique*, 1898, p. 12).

17° Os surnuméraire (*Société anatomique*, 1898, p. 57).

18° Calcul du cholédoque (*Société anatomique*, 1898, p. 58).

19° Rupture d'un anévrysme aortique dans la plèvre. (*Société anatomique*, 1898, p. 58).

20° Note sur la désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Syme (*Société de médecine de Rouen*, séance du 9 janvier 1899).

21° Sur le traitement de l'hydrocèle vaginale par retournement de la vaginale (*Société de médecine de Rouen*, séance du 13 février 1899).

22° Les déformations du pouce dans la paralysie cubitale. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 13 mars 1899).

23° Etude sur l'appendicite, basée sur cent quatre-vingts nécropsies (en collaboration avec le Dr Tuffier. (In *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mars-avril et mai-juin 1899).

24° Forceps et levier-mensurateur-préhenseur au détroit supérieur dans les bassins rétrécis. Une cause d'échec du levier-mensurateur-préhenseur. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 8 mai 1899).

25° Sur les luxations anciennes du pouce. De la « luxation intermédiaire » aux luxations incomplètes et aux luxations complètes. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 12 juin 1899).

26° A propos d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, consolidée en position vicieuse. Fracture de l'apophyse styloïde du cubitus avec pseudarthrose. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 12 juin 1899).

27° Section complète de six des tendons de la face dorsale du poignet gauche. Remarques sur les insertions et l'action des extenseurs du pouce. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 13 novembre 1899).

28° Otite moyenne suppurée. Otorrhée. Abcès du cervelet. Thrombose du sinus latéral. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 11 décembre 1899).

29° Grossesse tubaire. Hémato-salpinx (en collaboration avec le Dr Cauchois). (*Société de médecine de Rouen*, séance du 8 janvier 1900).

30° Cancer de l'intestin grêle. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 8 janvier 1900).

31° Anévrysme artério-veineux traumatique. Extirpation. Guérison. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 12 février 1900).

32° Appendicite perforante. Péritonite généralisée, etc. (*Société de chirurgie de Paris*, séance du 7 février 1900).

33° Fibrome utérin. Myomectomie. Hystérectomie totale consécutive. Hémorrhagie, éventration, occlusion intestinale. Quatre opérations. Guérison. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 26 mars 1900).

34° Fracture du larynx. Trachéotomie. Guérison. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 9 avril 1900).

35° Erysipèle chirurgical traité par le sérum de Marmoreck. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 9 avril 1900).

36° Contusion de l'abdomen. Fractures de côtes. Plaie par écrasement de la rate et du rein gauche (en collaboration avec le Dr Cauchois. *Société de médecine de Rouen*, séance du 9 avril 1900).

37° Note sur la trépanation de l'apophyse mastoïde. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 14 mai 1900).

38° Amputation intra-métatarsienne. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 14 mai 1900).

39° L'intervention chirurgicale dans le traitement des phlébites (*Normandie médicale*, 1900, n°s 14 et 15)

40° Calculs primitifs et calculs interstitiels sous-muqueux de la portion spongieuse de l'urèthre. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 9 juillet 1900).

41° Syphilis tertiaire à localisations multiples. Rétrécissement du larynx. Trachéotomie. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 12 novembre 1900).

42° Sur une maladie peu connue, caractérisée par des concrétions phosphatiques sous-cutanées. (*Société anatomique*, 1900, p. 893).

43° De l'analgésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire (en collaboration avec le Dr Cauchois). *Société de médecine de Rouen*, séance du 10 décembre 1900).

44° Thérapeutique chirurgicale. La gastrostomie. (*Normandie médicale*, 1901, nos 4 et 6).

45° Pleurésie purulente. Chronicité. Thoratectomie. Décortication pulmonaire. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 11 février 1901).

46° Ulcère pylorique ancien. Fusion du foie et de la petite courbure stomacale. Développement considérable de l'antre prépylorique. (*Société de médecine de Rouen*, séance du 11 février 1901).

ANALYSE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

I

ANATOMIE NORMALE ET ANOMALIES

De la voûte plantaire et du pied creux congénital par malformations osseuses

(Thèse de Doctorat 1897)

Travail entièrement original, accompagné de trente-une figures. Dans une première partie, j'ai étudié les mouvements des différents os de la voûte les uns sur les autres, les mouvements de la voûte considérée dans son ensemble, le rôle de quelques-uns de ses ligaments, l'action des muscles du pied sur la voûte, les insertions accessoires de certains de ses muscles, l'importance respective des différentes pièce de la voûte, et enfin son développement. La seconde partie traite du pied creux.

Voici les notions principales que j'ai cherché à mettre en lumière :

Articulation médio-tarsienne.

Le ligament médio-tarsien, dit en Y ou en V, est en réalité formé de deux ligaments distincts : le calcanéo-cuboïdien, ruban dorsal, court, horizontal, mince et le ligament calcanéo-scaphoïdien, cloison presque verticale, haute de plus d'un centimètre, qui continue par son bord plantaire le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur.

Le scaphoïde possède un tubercule non décrit par les auteurs, qui donne attache à un fort faisceau de ce dernier ligament.

Dans les déplacements du scaphoïde et du cuboïde, l'articulation sous-astragalienne entre pour un rôle plus important que la médio-tarsienne, en sorte que la production de la déformation du pied dite varus, est bien plus le fait de celle-là. J'ai étudié en détail les mouvements de torsion du pied.

Articulations scapho-cunéennes.

Le mouvement de glissement de haut en bas des deux premiers cunéiformes

sur le scaphoïde est toujours combiné à un mouvement d'abduction et le glissement de bas en haut à un mouvement d'adduction. C'est en grande partie au moyen de ces déplacements des cunéiformes que la voûte se rétrécit dans son diamètre transversal.

La voûte dans son ensemble.

La voûte augmente de courbure dans l'extension forcée du pied.

Parmi les muscles de la jambe ou du pied, les uns augmentent la cambrure du pied; ce sont le long péronier latéral dont l'action est prépondérante, le jambier postérieur, les fléchisseurs commun et propre et enfin la plupart des petits muscles de la plante; les autres diminuent la cambrure du pied, comme le jambier antérieur, dont l'action est prépondérante, le long extenseur commun des orteils et l'extenseur propre, le pédieux, le court péronier latéral et le court abducteur du petit orteil. Enfin une troisième catégorie agit indirectement comme le triceps sural, les interosseux, muscles dont la paralysie est suivie dans un délai plus ou moins éloigné de pied creux. L'aponévrose plantaire agit peu sur la configuration de la voûte proprement dite, elle s'oppose surtout au redressement du bord interne du pied légèrement concave et à l'hyperextension des orteils.

Insertions musculaires accessoires.

Outre les insertions classiques, certains muscles possèdent des insertions non encore décrites jusqu'à ce jour et qui ne sont pas négligeables. Ainsi le long péronier latéral a des insertions au feuillet superficiel du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, à la cloison intermusculaire interne, au ligament qui unit le premier cunéiforme au deuxième métatarsien. Le court péronier latéral a des connexions avec la face externe du cuboïde et la capsule cuboïdo cinquième métatarsien. Le jambier antérieur a quelques adhérences au scaphoïde et à l'aponévrose profonde. L'extenseur commun des orteils a des insertions fort importantes constituées par des sangles partant de chacun des bords du tendon extenseur, qui cravatent les têtes des métatarsiens, en se rejoignant sur le fibro-cartilage d'agrandissement de la cavité glénoïde de la phalange. Le péronier antérieur s'insère constamment sur le quatrième métatarsien. J'ai mesuré la force de ces insertions accessoires; elles ne cèdent qu'à des tractions de 6 kilogr. pour le jambier antérieur, de 12 kilogr. pour le court péronier latéral, de 22 à 25 kilogr. pour le long péronier, de plus de 50 kilogr. pour l'extenseur commun des orteils.

Les pièces essentielles de la voûte.

De recherches expérimentales faites sur plus de 15 pieds, il ressort que les deux grands éléments de soutien de la voûte sont un os : l'astragale, main-

tenu par la capsule astragalo-scaphoïdienne et par le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, et un ligament : le calcanéo-cuboïdien inférieur. L'importance respective des différents ligaments ou os est d'ailleurs mise en lumière.

Développement de la voûte.

La voûte plantaire n'existe pour ainsi dire pas chez le fœtus à terme, parce que le calcanéum n'a pas encore le point osseux complémentaire de ses tubérosités postérieures et que son axe affecte une direction presque horizontale. Le développement des muscles est proportionnellement plus rapide que celui de l'aponévrose plantaire.

Pied creux congénital.

Il existe un pied creux congénital par malformations osseuses. Ce pied ne porte sur le sol que par le talon et les têtes métatarsiennes. C'est donc un pied bot. Sa configuration est due à une malformation des articulations scapho-cunéennes et cuboïdo-métatarsiennes, mais surtout du scaphoïde. Bien que les lésions de l'astragale y rappellent celles du pied bot varus-équin, celles des autres os l'en séparent complètement.

Un cas de muscle présternal

(Société anatomique, 1897, p. 438)

Son tendon d'origine était constitué par les fibres superficielles de l'insertion sternale du sterno-mastoïdien droit. Il se divisait en deux branches dont chacune donnait insertion à une nappe musculaire. L'une allait rejoindre l'aponévrose du muscle grand oblique droit, l'autre plus forte s'insérait sur l'aponévrose du muscle grand oblique du côté gauche. Les insertions osseuses étaient insignifiantes. C'est donc bien une dépendance des muscles grand oblique et sterno-mastoïdien.

Brachydactylie de l'index droit

(Société anatomique, 1897, p. 440)

Sur une main, d'ailleurs normale, l'index ne mesurait pas 4 centimètres. Cette brièveté était due principalement aux deux premières phalanges. La seconde était une phalangette en miniature. La première n'était représentée que par un anneau osseux. Les insertions qui s'y faisaient m'ont permis de considérer cette anneau comme le représentant de la base de la première

phalange. Ainsi le point osseux principal ou diaphysaire de cet os ne s'était pas développé.

Main bote congénitale (variété palmaire) par malformation des os du carpe et accompagnée d'une luxation congénitale du pouce

(Société anatomique, 1897, p. 618)

Cette pièce établit l'existence de la luxation congénitale du pouce dont on ne trouve pas mention dans les plus récents traités. En effet, le pouce était complètement renversé en arrière, presque couché sur le métacarpien, les petits os sésamoïdes étaient à la face palmaire du métacarpien, tandis qu'ils accompagnent la phalange en cas de déplacement traumatique. Cette disposition et l'étendue du déplacement différencient donc nettement la luxation congénitale de la luxation acquise.

Toute la main était en flexion forcée, par suite de malformation du carpe, dont la face antérieure était beaucoup plus petite que la face postérieure. La tête du grand os était pointue, sa nuque plate et haute et elle ne s'articulait avec la première rangée du carpe que par son front.

Remarques sur les insertions accessoires de quelques-uns des muscles moteurs du pied et sur leur importance chirurgicale

(Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1897, p. 1059)

J'ai établi, qu'en enlevant les os sur lesquels se font les insertions classiques des principaux muscles qui sont au pied, l'action de ces muscles n'était pas abolie. J'en ai donné la raison, montré l'importance d'insertions, jusqu'ici méconnues, et tiré plusieurs conséquences chirurgicales.

Ainsi, pour prévenir le valgus, si souvent observé à la suite de l'ablation du premier métatarsien, il faut ménager, pendant l'opération, les insertions accessoires du long péronier latéral, en rasant l'os. Celles du court péronier qui se font au quatrième métatarsien, empêchent la production du varus, après ablation du cinquième métatarsien. Celles de l'extenseur commun des orteils assurent la flexion directe du pied après ablation des orteils ; si elles n'existaient pas, la flexion se ferait en adduction par suite de l'action prédominante du jambier antérieur, etc. Ces observations ont été contrôlées par l'expérimentation au moyen de courants induits sur des membres fraîchement amputés.

Os surnuméraire

(Société anatomique, 1897, p. 57)

Je signale seulement, à cause de la rareté, la présence d'un petit os anormal dans l'articulation de Chopart.

N. B. — D'autres recherches anatomiques sur l'*appendice*, l'*estomac*, le *crâne*, les *tendons du pouce*, etc., sont relatées, à propos de leurs applications, à la division : Pathologie et clinique chirurgicales.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Fracture de jambe consolidée avec déviation considérable du fragment inférieur, etc. *(avec une figure)*

(Société anatomique, 1897, p. 486)

Description et figuration d'une fracture par torsion consolidée vicieusement. Le fragment inférieur formait avec le supérieur un angle d'environ 130°. Le péroné s'était fusionné avec le cal tibial. La suppression physiologique de l'espace interosseux avait eu pour conséquence l'ankylose de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

Deux pièces d'ankylose du coude.
Diminution du diamètre transversal des os *(avec deux figures)*

(Société anatomique, 1897, p. 507)

Sur l'une de ces pièces, vraiment remarquable, la trochlée de l'humérus avait disparu, et l'extrémité inférieure de cet os se bifurquait en deux courtes branches. Il existait une synarthrose extrêmement serrée, en forme de voûte, entre la branche externe et la face externe déformée et hypertrophiée de l'olécrane.

L'examen de ces deux pièces m'a paru montrer que l'ankylose du coude entraînait une diminution du diamètre transversal des trois os qui concourent à cette articulation.

Epithélioma récidivant de l'angle interne de la région orbitaire droite. Abcès intra-cérébral, etc. *(avec une figure).*

(Société anatomique 1897, p. 532.)

Il existait un vaste abcès du lobe frontal droit, dont l'évolution silencieuse, l'apyrexie, méritent d'être signalées. Un point très intéressant, c'est que la

malade avait présenté pendant sa vie de la contracture du bras droit. Or la lésion corticale bien limitée de l'hémisphère gauche ne siégeait pas du tout sur les deux quarts moyens des circonvolutions ascendantes, mais sur le pied et le cap de la troisième frontale.

Epithélioma interstitiel de la langue, etc. Mort par généralisation, etc.

(Société anatomique 1897, p. 684.)

Exemple de la rare tendance qu'ont les épithéliomas de la langue à se généraliser. Les noyaux secondaires s'étaient développés dans le poumon, la plèvre, le foie, le rein droit et même dans le cœur où ils étaient nombreux.

Atrophie de la portion vaginale du col utérin. Oblitération complète de la cavité cervicale.

(Société anatomique 1897, p. 685.)

Je ne cite cette observation que pour montrer jusqu'où peut aller le processus d'atrophie du col utérin chez les vieilles femmes ; l'atrésie et l'oblitération peuvent en être les conséquences.

Kyste de l'ovaire remontant jusqu'au diaphragme.

(Société anatomique 1897, p. 686.)

Kyste volumineux de l'ovaire qui avait déterminé des phénomènes d'occlusion. Il s'était développé en arrière des colons transverse et ascendant et en arrière de l'estomac. Ce n'était pas un kyste rétro-péritonéal, comme le deviennent certains kystes du ligament large, qui, en grandissant et s'élevant dans la cavité abdominale, refoulent devant eux le péritoine pariétal postérieur. Non, celui-ci était bien intra-péritonéal. J'ai donné ailleurs (thèse de Cohan, Paris 1898) la raison de cette situation rétro-colique et rétro-stomacale : chez un grand nombre d'individus, surtout chez les gens âgés, le colon transverse arrive à affleurer la symphyse pubienne ou même à tomber dans le bassin ; dans ces conditions, si un kyste de l'ovaire se développe, il va passer en arrière du colon, puis du méso-colon, et forcément son évolution l'amènera en arrière de l'estomac, puisque le méso-colon n'est autre chose que la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons.

Rupture d'un anévrysme aortique dans la plèvre.

(Société anatomique 1898, p. 58.)

Pièce montrant un double anévrysme aortique, l'un thoracique, l'autre abdominal. Celui-là s'était rompu dans la plèvre droite ; un épanchement de deux litres et demi refoulant en bas le diaphragme jusqu'au niveau de la crête iliaque avait été la conséquence de la rupture.

Etude sur l'appendicite, basée sur 180 nécropsies (en collaboration avec le Dr Tuffier)

(In Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, mars-avril et mai-juin 1899.)

Mémoire fait pour établir le pronostic général de l'appendicite. L'anatomie normale et pathologique de la région iléo-cœcale y sont étudiées.

1° *Anatomie normale*.

Un assez grand nombre de notions nouvelles ont été mises en lumière. Je cite seulement les principales :

Les variations de longueur, de calibre, de situation de l'appendice ont été soigneusement notées et classées.

La disposition générale du péritoine de la fosse iliaque peut être complètement remaniée par l'une des deux anomalies suivantes :

a) Quand le mésentère finit en bord libre bien développé, le ligament mésentérico-cœcal a à sa gauche le bassin et l'intestin grêle, à sa droite l'appendice; il n'y a plus de ligament iléo-appendiculaire, ni de fossette iléo-cœcale inférieure.

b) Quand l'appendice remonte en dehors du cœcum et du colon, tous ses ligaments sont modifiés ou n'existent plus. Il peut être alors rétro-péritonéal.

2° *Anatomie pathologique*.

Nous avons noté la coexistence et la fusion de salpingites et d'appendicites, l'intégrité fréquente de la muqueuse appendiculaire à côté de lésions de la muqueuse intestinale, l'extraordinaire fréquence des adhérences péri-appendiculaires, qu'on observe chez les deux tiers des sujets. Parmi ces adhérences un certain nombre sont dues à une affection de toute la cavité péritonéale, à une affection du péritoine des organes voisins ou de ces organes même, à la surcharge graisseuse; ou sont de cause mécanique (hernies, ptoses) ou relèvent d'un trouble de la circulation abdominale (cirrhoses du foie), parfois peuvent être rattachées à une atrophie sénile. Lorsqu'on a fait ces éliminations, il reste

environ un cinquième des sujets pris au hasard de l'amphithéâtre où les adhérences ne peuvent relever que d'une appendicite antérieure. Ainsi cette affection extrêmement fréquente guérit spontanément dans un fort grand nombre de cas, en laissant comme traces de son passage des lésions de péri-appendicite. Cela suffit pour établir la bénignité relative du pronostic général de l'appendicite.

Sur les luxations anciennes du pouce. — De la « luxation intermédiaire » aux luxations incomplètes et aux luxations complètes *(avec huit figures)*

(Société de médecine de Rouen, séance du 12 juin 1899).

J'ai décrit et représenté les lésions de la luxation ancienne du pouce. J'ai cherché à établir qu'il existe une variété non encore décrite de luxation du pouce où la phalange est toute entière sur la nuque de la tête métacarpienne, mais les os sésamoïdes sont en rapport avec le sommet articulaire de la tête. Anatomiquement c'est donc une luxation incomplète, puisque les surfaces articulaires sont partiellement en contact; cliniquement c'est une luxation complète, la phalange étant luxée à angle droit sur le métacarpien. C'est pourquoi je l'appelle « luxation intermédiaire » à ces deux variétés.

Les luxations anciennes du pouce s'accompagnent d'une rétraction et d'une atrophie des muscles de l'éminence thénar, et spécialement de l'opposant. De plus, le métacarpien étant en opposition forcée et fortement appuyé sur l'os trapèze, cet os et ensuite le carpe peuvent subir des modifications notables dans leur forme et leur situation, que j'ai décrites par le menu. Par exemple, l'articulation trapézo-métacarpienne, qui est normalement une articulation par emboîtement réciproque était devenue une enarthrose. Ces lésions étant irrémédiables, il importe pour les prévenir d'intervenir le plus tôt possible en cas de luxation irréductible.

A propos d'une fracture de l'extrêmité inférieure du radius consolidée en position vicieuse. — Fracture de l'apophyse styloïde du cubitus avec pseudarthrose *(avec une figure).*

(Société de médecine de Rouen, 12 juin 1899)

Le principal intérêt de ce cas c'est que l'apophyse styloïde du cubitus arrachée était devenue un petit os indépendant, intermédiaire au cubitus et au pyramidal, pendu à la face externe du ligament latéral interne pisicubital.

Otite moyenne suppurée. — Otorrhée. — Abcès du cervelet. — Thrombose du sinus latéral.

(Société de Médecine de Rouen, 11 décembre 1899.)

Abcès de l'hémisphère cérébelleux droit. Pour venir de la caisse du tympan au cervelet, le pus avait suivi l'aqueduc du vestibule, et débouché par cet orifice au niveau du sac endolymphatique, sur la face postérieure du rocher.

Cliniquement, cet abcès ne s'était guère traduit que par une hémiplégie incomplète du même côté que la lésion cérébelleuse, fait déjà signalé par Acland et Ballance.

III

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES
MÉDECINE OPÉRATOIRE

Maladie kystique du testicule gauche ayant évolué comme une tumeur maligne. — Récidive, etc.

(Société anatomique 1896 p. 464.)

La maladie kystique du testicule décrite par Malassez sous le nom d'épithélioma mucoïde n'est pas une tumeur bénigne, et n'est pas toujours un épithélioma, car la récidive est survenue dans ce cas huit mois après l'ablation de la tumeur primitive sous forme de sarcome télangiectasique à grandes cellules. J'ai eu l'occasion d'observer depuis lors un cas identique au point de vue clinique et anatomique.

Sur deux procédés pour aborder chirurgicalement le cervelet et le lobe occipital (en collaboration avec le Dr Remy) *(avec une figure).*

(Société anatomique 1898, p. 12.)

Ce petit mémoire est le résultat de recherches expérimentales faites sur vingt sujets.

Il faut distinguer la voie pour aborder les abcès et celle que nécessite l'ablation des tumeurs.

Le cervelet étant défendu par la tente du cervelet qui loge le gros sinus latéral, il faut, ou ménageant le sinus se borner à trépaner et réséquer la fosse cérébelleuse, ce qui donne peu de jour, ou, faisant l'ablation du sinus, exécuter une large résection temporaire de l'occipital.

Premier procédé : Pour éviter le sinus, nous avons montré qu'à 4 centimètres de la ligne médiane, c'est-à-dire à mi-distance de l'inion et de la pointe de l'apophyse mastoïde, le sinus est toujours au-dessous de la ligne courbe occipitale, et nous avons donné le conseil pratique suivant : Trépaner en pleine

fosse cérébelleuse, à coup sûr où n'est pas le sinus; le trou étant fait, avant de l'agrandir par en haut, inciser la dure-mère, introduire une sonde cannelée par l'ouverture ainsi pratiquée pour reconnaître l'insertion solide de la tente du cervelet; la gouge peut dès lors réséquer sans crainte l'os, jusqu'à trois ou quatre millimètres de cette insertion.

Deuxième procédé : Il découvre à la fois le lobe occipital et le cervelet. Il comprend les temps suivants :

a) Incision des téguments occipitaux jusqu'à l'os en forme de fer à cheval ouvert en bas.

b) Taille du contour du lambeau osseux.

c) Fissuration du pédicule et luxation par en bas du lambeau ostéo-cutané. Le sinus latéral se laisse décoller sans difficulté de la surface osseuse sous-jacente.

d) Résection à la pince-gouge de la fosse cérébelleuse.

e) Incision de la dure-mère au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet. Résection du sinus entre deux pinces et de la tente du cervelet. Le lobe occipital et le cervelet sont ainsi largement découverts.

L'opération terminée, une ligature remplace définitivement les pinces posées à chaque bout de la branche horizontale du sinus sectionné, et le lambeau ostéo-cutané est remis en place et suturé.

Note sur la désarticulation tibio-tarsienne par le procédé de Syme. *(avec une figure).*

(Société de médecine de Rouen, 9 janvier 1899.)

Le moignon d'une désarticulation tibio-tarsienne s'était porté en dedans sous l'influence du jambier antérieur reconstitué. Pour améliorer les résultats définitifs de cette bonne opération, il convient de suturer aussi les tendons des muscles abducteurs à la peau, péroniers latéraux en arrière, extenseur commun en avant.

Les déformations du pouce dans la paralysie cubitale *(avec deux figures).*

(Société de médecine de Rouen, 13 mars 1899.)

Jusqu'à cette communication la déformation du pouce dans la paralysie cubitale avait passé complètement inaperçue. Trois observations de section de ce nerf, dont deux avec autopsie m'ont permis de l'établir.

Normalement, la main étant étendue en supination, la première phalange

du pouce est légèrement fléchie sur le métacarpien, la seconde étendue sur la première. Dans la paralysie cubitale, la légère flexion de la première phalange n'existe plus ou tend à diminuer; mais surtout la deuxième phalange se fléchit sur la première. Cette attitude qui est l'inverse de l'attitude normale, me paraît due à la paralysie d'un muscle à la fois fléchisseur de la première phalange et extenseur de la seconde, l'adducteur du pouce, innervé par le cubital; l'action tonique de ses antagonistes l'emporte.

Accessoirement, par suite de l'atrophie du premier interosseux dorsal et de l'adducteur, le premier métacarpien tend à s'éloigner du second, etc.

Section complète de six des tendons de la face dorsale du poignet gauche. Remarquee eur les insertione et l'sction des extenseurs du pouce.
(avec deux figures).
(Société de médecine de Rouen, 13 novembre 1899).

De l'observation clinique et de la dissection de vingt-huit pouces, j'ai pu tirer les conclusions suivantes :

Lorsque le tendon extenseur du médius est coupé au niveau du poignet, ce doigt jouit néanmoins de mouvements d'extension énergique, à cause de ses connexions sur le dos de la main avec le tendon de l'annulaire.

Lorsque le long extenseur du pouce est sectionné au niveau du poignet, la deuxième phalange de ce doigt peut rester étendue sur la première et ne pas se fléchir sous l'action du long fléchisseur propre, contrairement à l'opinion de Duchenne de Boulogne.

Lorsque le long extenseur du pouce est sectionné au niveau du poignet, l'extension de la deuxième phalange sur la première n'est pas forcément abolie. On peut expliquer ce fait par l'existence de la *sangle unissante sus-tendineuse* des deux extenseurs qui est formée par l'union des fibres du court abducteur et de l'adducteur du pouce et surtout parce que sur moitié des sujets, le court extenseur de ce doigt s'insère sur la deuxième phalange, formant avec le tendon long extenseur et les expansions des muscles sésamoïdiens un large *tendon commun*.

Cancer de l'intestin grêle *(Linite plastique).*
(Société de médecine de Rouen, 8 janvier 1900).

Tumeur dont les caractères anatomiques bien tranchés rappellent absolument la linite plastique de l'estomac. C'est, si je ne me trompe le premier

cas qu'on ait rapporté de linite plastique de l'intestin grêle. Cliniquement, elle s'est différenciée de l'épithélioma ordinaire par l'absence d'hémorragie intestinale et de phénomènes d'obstruction. Anatomiquement, énorme hyperplasie cylindrique d'un segment d'intestin grêle, dont toutes les tuniques sont remplacées par un tissu blanc dur, amorphe, non végétant. La nette délimitation des lésions, le développement interstitiel, circonférentiel et uniforme de cette tumeur la distingue du cancer habituel. L'examen histologique, pratiqué ultérieurement par M. Nicolle a montré cependant qu'il s'agissait d'épithélioma,

---

Appendicite perforante. — Péritonite généralisée. — Deux nouveaux éléments de diagnostic entre l'obstruction intestinale et la péritonite.

(Société de chirurgie de Paris, 7 février 1900.)

A propos de ce cas, pour aider au diagnostic entre la péritonite et l'occlusion intestinale, j'ai appelé l'attention sur la sensibilité du cul-de sac vésico-rectal chez l'homme et du cul-de-sac de Douglas chez la femme, en cas de péritonite ; et d'autre part, sur l'absence de contractions intestinales dans cette affection où le ventre est uniformément ballonné et non vallonné comme on le voit fréquemment dans l'occlusion de cause mécanique.

Note sur la trépanation de l'apophyse mastoïde *(avec une figure)*.

(Société de médecine de Rouen, 14 mai 1900).

J'ai fourni un nouveau repère pour la trépanation facile et sans danger de l'antre mastoïdien. En effet la *spina supra meatum* de Henle peut manquer ou être très réduite, tandis qu'il existe toujours à la partie antéro-supérieure de la mastoïde une *gouttière mastoïdo-squameuse*, séparant la région temporale de la région mastoïdienne, étendue de la suture pariéto-mastoïdienne à l'orifice du conduit auditif externe. Elle est facile à sentir sur l'os dénudé, et même à travers les téguments. Son extrémité antérieure correspondant juste à l'antre, il suffit de trépaner cette extrémité antérieure, en se rapprochant plus de son bord postérieur que de son bord antérieur, sans effondrer le conduit auditif.

L'intervention chirurgicale dans le traitement des phlébites.

(Normandie médicale, 15 juillet et 1er août 1900).

Revue générale de la question dont voici les conclusions : L'intervention

chirurgicale, de la plus haute utilité dans les phlébites hémorrhoïdaires, d'absolue nécessité dans les phlébites de certains sinus crâniens, hasardeuse et sans aucune consécration clinique dans la *phlegmatia alba dolens*, injustifiée et même condamnable dans les thromboses marastiques, est le traitement de choix des autres phlébites, particulièrement des thromboses limitées du membre inférieur.

Sur une maladie peu connue, caractérisée par des concrétions phosphatiques sous-cutanées

(Société anatomique, novembre 1900, p. 893).

Petit mémoire sur une maladie fort rare, dont il n'existait jusqu'alors que deux ou trois cas (cas de Milian, cas de Cornil et Duret), caractérisée par des tumeurs calcaires siégeant sous la peau, dures, indolores, irrégulières, inégales de formes et de dimensions, qui peu à peu ulcèrent la peau par un processus d'usure, sans réaction inflammatoire, s'éliminent par petites parcelles, en laissant une cicatrice mince, lisse, peu rétractile, non pigmentée. Ce processus essentiellement chronique et diffus s'accompagne d'atrophie musculaire, d'ankylose plus ou moins complète des grandes articulations et de quelques autres troubles trophiques et vaso-moteurs. Anatomiquement, il n'y a pas d'autres lésions que ces concrétions enchassées dans les tissus, contenant une matière tout à fait semblable à de la crème et constituées essentiellement par du phosphate de chaux.

L'examen histologique fait par M. Nicolle a montré un tissu fibreux, dense, parsemé de cellules géantes et mononucléaires, et creusé de cavités kystiques, renfermant des corps réfringents particuliers, d'aspect cristallin.

De l'analgésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire

(En collaboration avec le Dr Cauchois)

(Société de Médecine de Rouen, 1er décembre 1900)

Contribution modeste, mais précoce à l'étude d'une méthode d'anésthésie qui préoccupe actuellement le monde chirurgical. La technique a été celle de Tuffier, les résultats obtenus sont analogues à ceux qu'a publiés ce chirurgien.

La Gastrostomie *(avec neuf figures)*
(Normandie médicale, 15 février et 15 mars 1901)

Monographie faite en partie à l'aide de recherches personnelles sur plus de trente sujets et quelques opérés. Deux figures rappellent que l'aire sous-hépatique est fréquemment occupée par le colon transverse. J'y préconise une incision verticale, en plein muscle droit, faite à trois petits travers de doigt de la ligne médiane, commençant au rebord costal gauche et descendant à six centimètres plus bas. L'avantage de cette incision est de ménager les fibres du grand droit, et surtout d'arriver facilement sur le foie, repère nécessaire. Une figure montre que, par cette voie, cet organe est non-seulement tangible, mais visible.

Le procédé de Fontan parait être le meilleur; j'ai cherché à y apporter quelques perfectionnements.

Les indications de la gastrostomie sont ainsi résumées : Elle est le traitement palliatif de choix du cancer de l'œsophage; elle est le traitement palliatif nécessaire du rétrécissement, quand la dilatation est impossible, ou impuissante, ou stationnaire.

IV

INTERVENTIONS CHIRURGICALES DIVERSES

Perforation du cæcum par une épingle. Typhlite et pérityphlite. Appendicite secondaire (en collaboration avec le Dr Remy).

(Société anatomique 1896, p. 466.)

Il y avait eu les mêmes symptômes que dans l'appendicite vulgaire avec cette exception que la constipation habituelle était remplacée par de la diarrhée séreuse.

Forceps et levier mensurateur-préhenseur au détroit supérieur. Une cause d'échec du levier mensurateur-préhenseur *(avec une figure).*

(Société de Médecine de Rouen, 8 mai 1899.)

Malgré plusieurs applications, le levier mensurateur-préhenseur n'a provoqué aucune lésion des parties maternelles, n'a pas compromis la vitalité de l'enfant. Mais il s'est montré inefficace parce que la flexion n'a pu être obtenue. Le forceps, qui n'a d'ailleurs pas donné de meilleurs résultats est bien plus dangereux, comme Farabeuf l'a prouvé en de nombreux travaux, comme le montre le dessin joint à l'observation.

Grossesse tubaire. Hématosalpinx (en collaboration avec le Dr Cauchois).

(Société de Médecine de Rouen, 8 janvier 1900.)

Grossesse tubaire arrêtée à deux mois dans son évolution et rompue avec issue de l'embryon dans le ventre. Celui-ci, partiellement momifié, mais encore facilement reconnaissable, s'était collé au flanc interne du muscle psoas du côté droit.

Anévrysme artério-veineux traumatique. Extirpation. Guérison.

(Société de Médecine de Rouen, 12 février 1900.)

Anévrysme artério-veineux de la région du coude droit, consécutif à un coup de couteau. La poche, de la taille d'une grosse pomme, fut extirpée simplement sans qu'on s'inquiétât des vaisseaux qui y aboutissaient et qui furent coupés et pincés au fur et à mesure. Le nerf médian et un filet du musculo-cutané, en contact avec la poche, furent séparés et réclinés. Réunion immédiate de la plaie. Guérison complète.

Fibrome utérin pédiculé. Myomectomie. Hystérectomie totale consécutive. Quatre opérations, Guérison.

(Société de Médecine de Rouen, 26 mars 1900.)

Gros fibrome implanté sur la face antérieure de l'utérus par un pédicule gros comme le poignet et exclusivement composé de tissu caverneux. Ablation du fibrome ; mais l'hystérectomie consécutive dut être faite pour assurer l'hémostase. Fermeture de la paroi. Deuxième opération faite une heure après pour pincer l'artère utérine droite mal liée. Le surlendemain, éventration due aux vomissements ; trente centimètres d'intestin sortent de la plaie. Troisième opération. Réduction de l'intestin. Fermeture de la paroi. Deux jours après, quatrième opération pour occlusion intestinale. Suites absolument normales. Guérison complète. Cicatrice très solide.

Fracture du larynx. Trachéotomie. Guérison.

(Société de Médecine de Rouen, 9 avril 1900.)

Fait remarquable par la disproportion entre le peu d'intensité des symptômes locaux et la gravité des troubles fonctionnels. La trachéotomie doit être tentée dans tous les cas. Malgré l'absence de contention des fragments, impossible à réaliser, la guérison a été complète.

Contusion de l'abdomen. Fractures de côtes. Plaie par écrasement de la rate et du rein. Laparotomie (en collaboration avec le Dr Cauchois).

(Société de Médecine de Rouen, 9 avril 1900.)

Malgré une contracture et une douleur fort nettes dans la fosse iliaque gauche, la laparotomie ne montra aucune lésion de l'intestin et en particulier

de l'S iliaque, mais seulement une certaine quantité de sang noirâtre accumulé dans le petit bassin. Au contraire, malgré l'absence d'hématurie et d'empâtement lombaire, il y avait un éclatement du quart supérieur du rein gauche.

Calcul primitif et calculs interstitiels sous-muqueux de la portion spongieuse de l'urèthre *(avec une figure).*

(Société de Médecine de Rouen, 9 juillet 1900.)

Enorme calcul intra-uréthral, de 6 centimètres 5 de long, pesant vingt grammes, enlevé par l'uréthrotomie externe. Mais il en existait aussi plusieurs petits, situés dans la paroi de l'urèthre, sous la muqueuse, en plein corps spongieux. J'ai émis l'idée qu'ils avaient pris naissance au sein des petites glandes uréthrales, ce qui assimile leur origine à celle des concrétions prostatiques. Ils avaient déterminé une diminution de calibre de l'urèthre, un rétrécissement, par leur saillie sous-muqueuse.

Syphilis tertiaire à localisations multiples. Rétrécissement du larynx. Trachéotomie.

(Société de Médecine de Rouen, 12 novembre 1900.)

L'indolence des lésions, leur marche rapide (un mois à un mois et demi), leur consistance ligneuse, l'absence d'infiltration autour d'elles, ont permis de les différencier de lésions tuberculeuses.

Pleurésie purulente. Chronicité. Thoracectomie. Décortication pulmonaire.

(Société de Médecine de Rouen, 11 février 1901.)

Homme de 35 ans. Pleurésie droite purulente à pneumocoques ayant subi trois ponctions et l'empyème, qui avait laissé une fistule opératoire dont il s'écoulait quotidiennement un demi-litre de pus. Le malade en rendait autant par vomique. Extrême affaiblissement, amaigrissement de quarante livres, œdèmes, dyspnée, cyanose, etc. Le 17 juillet 1899, résection de huit côtes sur une largeur d'un travers de main, des muscles intercostaux correspondants, de la plèvre pariétale. Décortication du poumon immobilisé, large résection de toute la plèvre viscérale accessible. L'évacuation de pus par la fistule et l'expectoration purulente cessent le lendemain. Guérison complète deux mois et demi après. Actuellement le malade est débardeur et charge sur ses épaules des sacs de cent kilos.

Rouen — Imprimerie J. Girieud et Cie, rue des Carmes, 58.